

Evolución histórica de las desigualdades de género.

Principales causas de muerte. Cuba 2005-2016

Historical evolution of gender inequalities. Main causes of death.

Cuba 2005-2016

Ileana Castañeda Abascal*

Silvia María Pozo Abreu

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: ileca@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La forma de culminar la vida es una expresión de la manera en que se vivió. Las mujeres y los hombres no atraviesan su paso por el mundo igualmente y tampoco comparten las mismas características biológicas que son diferentes para cada sexo.

Objetivos: identificar la tendencia del riesgo de morir entre los sexos en las principales causas de muerte entre 2005 y 2016 e identificar la tendencia del riesgo de morir prematuramente entre los sexos en las principales causas de muerte entre 2009 y 2016 en Cuba.

Métodos: Se elaboraron series cronológicas de las principales causas de muerte conformadas con las razones hombres-mujeres y se analizó la tendencia mediante rectas de

regresión o promedios móviles. Los posibles motivos se identificaron mediante entrevistas en profundidad a expertos de género y salud.

Resultados: Se encontraron tres grupos de causas de muerte. En el primero clasificaron: tumores malignos, enfermedades del corazón, enfermedad cerebrovascular, influenza y neumonía, accidentes, enfermedades crónicas de las vías respiratorias y las de las arterias, arteriolas y vasos capilares. El segundo estuvo conformado por la cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado y las lesiones autoinfligidas. En el último grupo constó la diabetes mellitus. La tendencia se mantuvo sin notable variación a lo largo del tiempo en casi todas las series analizadas. Las explicaciones referidas que trataron explicar las diferencias encontradas en las agrupaciones de causas de muerte transitaron desde las que atribuyeron la acción de factores biológicos hasta las relacionadas con las consecuencias de la identidad de género.

Discusión: Los hombres presentaron una situación más desventajosa debido a que el riesgo de morir y el riesgo de morir prematuramente fue superior al de las mujeres en la mayoría de las causas de muerte estudiadas que estuvieron más afectadas, principalmente por la diabetes mellitus.

Conclusiones: La tendencia de la mortalidad de la razón hombre-mujer de las principales causas de muerte y de la mortalidad prematura evidenció diferencias entre los sexos, fue el masculino el más afectado a lo largo del tiempo

Palabras clave: mortalidad por las principales causas de muerte; razón de mortalidad hombre-mujer; mortalidad prematura.

ABSTRACT

Introduction: The way life ends it is an expression of the way it was lived. Women and men do not live life equally and they neither share the same biological characteristics, which are different for each sex.

Objectives: To identify the trends related to the risk of dying among both sexes and the main causes of death from 2005 to 2016, and the risk of dying prematurely from 2009 to 2016.

Methods: Time series with the main causes of death among men and women were made and it was analyzed the trend by means of straight regression or moving averages. The possible reasons were identified through in-depth interviews to experts in gender and health.

Results: There were found three groups of causes of death. In the first, there were: malignant tumors, heart diseases, cerebrovascular diseases, influenza and pneumonia, accidents; respiratory, arteries, arterioles and capillary vessels chronic diseases. The second group was formed by liver cirrhosis and other diseases of the liver and self-inflicted injuries. The third group consisted in diabetes mellitus. The trend continued without an outstanding variation over time in almost all of the analyzed series. Various reasons were found that could affect the group of causes of death that went from the biological to those dealing with the consequences of gender identity.

Discussion: Men are those who submitted a disadvantage since the risk of dying and the risk of dying prematurely was superior to the women in the majority of the studied causes, mainly because of diabetes mellitus.

Conclusions: Mortality trends among men and women and the main causes of death and of premature mortality evidenced differences between the sexes being males the most affected in long term.

Keywords: mortality by the main causes of death; man-woman mortality rate; early mortality.

Recibido: 30/05/2017

Aceptado: 04/12/2017

INTRODUCCIÓN

El siglo XXI se presenta con un escenario global caracterizado por cambios demográficos donde predomina el envejecimiento poblacional y de ahí la elevación de la mortalidad por enfermedades propias de esa etapa del ciclo de la vida. La muerte es un hecho vital inevitable para todo ser vivo, de cualquier sexo o identidad de género, aunque no se produce de la misma forma en hombres y mujeres que, a su vez, viven en condiciones diferentes que pueden provocar inequidades en cuanto a la oportunidad de mantener la salud y el bienestar. Las desigualdades entre los sexos en materia de poder, recursos, derechos y normas están presentes en el contexto social y económico de todos los países, lo que afecta la dinámica del proceso salud-enfermedad de millones de personas.^(1,2,3,4,5,6)

El entramado complejo de la determinación social de la salud explica como la acción de patrones discriminatorios en la alimentación y la atención de la salud, el abuso sexual y la violencia en contra de las mujeres, la exposición diferencial a riesgos, las desigualdades en el acceso a recursos, servicios y protección social en salud, el poder desigual de decisión sobre la propia salud, las asimetrías en la educación, el trabajo y la remuneración, el reparto desigual de la responsabilidad por el cuidado no remunerado en el hogar, el medio ambiente y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud y el desequilibrio en la representación política, repercuten de forma diferente en la dinámica del proceso salud-enfermedad para cada sexo.^(1,7) Por ello, la incorporación del enfoque de género al análisis por sexos de la mortalidad posibilita una vía para la explicación de las desigualdades que la ocasionan, con el propósito de buscar alternativas equitativas de solución.

Las inequidades en materia de salud se producen debido a las condiciones diferentes en que mujeres y hombres nacen, crecen y envejecen. Esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud, que influyen de forma combinada y compleja en el proceso salud-enfermedad de las poblaciones humanas. Dentro de estas experiencias de vida se encuentran la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los

problemas de salud. La salud es un derecho humano y una responsabilidad no solo del Estado.

El concepto de género explica el conjunto de influencias recíprocas que operan entre los factores biológicos ligados al sexo y aquellos vinculados a la posición diferencial que ocupan las mujeres y los hombres en la estructura social. Lo anterior, a su vez, tiene que ver con las actividades que se espera que realice cada uno, el acceso y el control respecto a los recursos y el poder de decisión en las distintas esferas de la vida. El género expresa el significado social que adquiere la diferencia biológica sexual, que varía a través del tiempo y entre los grupos socioculturales.^(7,8)

El estado de salud y el comportamiento de los hombres y las mujeres es un resultado de la construcción social del género. Se conoce que en las culturas patriarcales, como en la cubana, los hombres tienen más propensión hacia las conductas riesgosas, que condiciona formas de morir particulares. La violencia, el contacto sexual inseguro, el tabaquismo, el consumo de alcohol y drogas, los hábitos alimentarios deficientes y la falta de ejercicio pueden explicar las causas de muerte y de mortalidad prematura que aparecen en ese sexo.^(8,9,10,11,12)

El sexo femenino posee una bondad biológica durante la etapa reproductiva, dada por el arsenal hormonal necesario para garantizar la procreación, que disminuye luego de la menopausia. Las mujeres son frecuentemente víctimas de muertes producidas por el embarazo, parto y puerperio, sobre todo en sociedades que no cuentan con sistemas universales de salud. Las causas que terminan con la vida de las féminas se relacionan más con enfermedades propias de las edades adultas avanzadas, debido a que, en general, poseen mayor esperanza de vida, por lo que son más afectadas por las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus.⁽⁸⁾

La forma de culminar la vida es una expresión de la manera diferenciada de cómo vivieron las mujeres y los hombres, a lo que se le suma que no poseen las mismas características biológicas. Los programas de salud de Cuba han beneficiado a los principales grupos vulnerables, lo que ha hecho posible que la salud de la población haya mejorado

notablemente, sin embargo, hay posibilidad de disminuir las diferencias injustas entre mujeres y hombres.^(8,9)

Existe información publicada en los anuarios Estadísticos de Salud de Cuba en cuanto al riesgo de morir según sexo^(13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24) y las tasas de años de vida potencialmente perdidos (Tasas de AVPP) según sexo.^(17,18,19,20,21,22,23,24) Con esa información, las autoras consideran que es posible realizar un análisis histórico en las principales causas de muerte con enfoque de género. Los objetivos que permitieron dar salida a ese problema científico fueron: identificar la tendencia del riesgo de morir entre los sexos en las principales causas de muerte entre 2005 y 2016 e identificar la tendencia del riesgo de morir prematuramente entre los sexos en las principales causas de muerte entre 2009 y 2016 en Cuba.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal. Se elaboraron series cronológicas del 2005 al 2016 con las razones de tasas de mortalidad entre hombres y mujeres de las 10 principales causas de muerte a partir de la información desagregada por sexos de los Anuarios Estadísticos.^(13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24)

La relación entre los sexos según el riesgo de morir de cada causa de muerte se midió mediante la fórmula:

$$\text{Razón de tasa de mortalidad}_{\text{causa x}} = \frac{\text{Tasa de mortalidad masculina}_{\text{causa x}}}{\text{Tasa de mortalidad femenina}_{\text{causa x}}}$$

Causa x: se refiere a causa de muerte.

La tendencia de la mortalidad prematura se estudió a partir de series cronológicas construidas entre el 2009 y el 2016, a partir de las razones de tasas de AVPP de los Anuarios Estadísticos de Salud correspondientes.^(17,18,19,20,21,22,23,24)

La relación entre los sexos según el riesgo de morir prematuramente de cada causa de muerte se obtuvo del cociente:

$$\text{Razón de tasa de mortalidad prematura}_{\text{causa X}} = \frac{\text{Tasa de mortalidad prematura masculina}_{\text{causa X}}}{\text{Tasa de mortalidad prematura femenina}_{\text{causa X}}}$$

Causa x: se refiere a causa de muerte.

Para analizar la tendencia de las series se utilizaron los métodos descriptivos de forma gráfica: línea recta y promedios móviles. Se calculó el coeficiente de determinación (R^2) de cada serie para conocer si había ajuste de los datos a la recta. Cuando el $R^2 > 0,6$ se utilizó la recta de regresión, en caso contrario se usaron los promedios móviles.

Se realizaron entrevistas en profundidad a expertos con la finalidad de buscar explicaciones a los hallazgos encontrados. La condición de expertos estuvo en ser profesores o investigadores con más de cinco años en estudios de género, epidemiología y determinación social de la salud.

Se le presentaron a los expertos los resultados encontrados en las series cronológicas construidas con las razones de mortalidad entre los sexos y la pregunta desencadenante fue:

¿Cuáles, según su opinión, fueron los factores que condujeron a más riesgo de morir en hombres (se les enfatizaba en las causas contribuyentes para ese sexo) y en las mujeres (se les enfatizaba las que habían sido para el sexo femenino)?

Los individuos involucrados dieron el consentimiento para participar en la investigación. La información utilizada parte de fuentes secundarias que han sido respetadas y solo son divulgadas con fines científicos.

RESULTADOS

Las razones entre los sexos atendiendo el riesgo de morir tuvieron escasa variación en tumores malignos, enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares e influenza y neumonía entre el 2005 y el 2016. Los hombres estuvieron más afectados a lo largo del periodo.

La relación entre hombres y mujeres en cuanto al riesgo de morir ascendió para la diabetes mellitus, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y lesiones autoinfligidas intencionalmente. Las mujeres tuvieron mayor riesgo de morir que los hombres por diabetes y enfermedades cerebrovasculares, lo que se expresó en razones de tasas inferiores a 1,0. Los hombres presentaron situación más desventajosa que las mujeres en cuanto a las causas que condujeron a la muerte en cirrosis hepáticas y otras enfermedades del hígado y lesiones autoinfligidas con razones de tasas de mortalidad por encima de 2,0, según se puede leer en las figuras 1-3.



Fig. 1 – Razón de mortalidad por sexos. Diabetes mellitus. Cuba. 2005-2016.

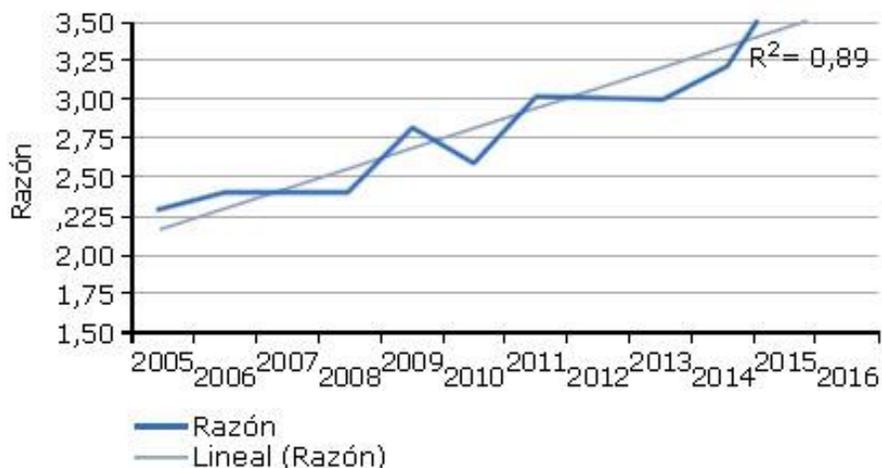


Fig. 2 – Razón de mortalidad por sexos. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Cuba 2005-2016.

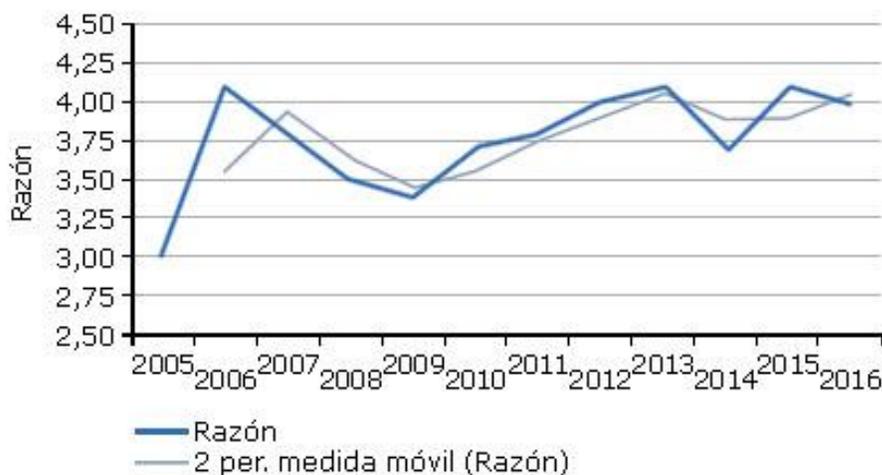


Fig. 3 – Razón de mortalidad por sexos. Lesiones autoinfligidas intencionalmente. Cuba 2005-2016.

Solo en los accidentes hubo una tendencia al descenso cuando se evaluó la razón entre sexos. Las razones de tasas estuvieron por encima de 1,0, lo que demuestra que los hombres fueron los más afectados por esta causa (figura 4).



Fig. 4 – Razón de mortalidad por sexos. Accidentes. Cuba 2005-2016.

El estudio de la mortalidad prematura arrojó la posibilidad de agrupar las causas de muerte en tres grupos en función del valor alcanzado por la razón de los años de vida potencialmente perdidos y el sexo más afectado. En el primer grupo se clasificaron las causas que produjeron mayor cantidad de mortalidad prematura en los hombres: tumores malignos, enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares, influenza y neumonía, enfermedades de arterias, arteriolas y vasos capilares, accidentes, lesiones autoinfligidas, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado con valores por encima de 1,0 para el periodo estudiado.

La tendencia de la razón por sexos de la mortalidad prematura fue ascendente entre 2009 y 2016 en la mayoría de estas causas estudiadas, excepto en tumores malignos, influenza y neumonía que no mostraron casi variación.

En el segundo grupo de causas de mortalidad prematura clasificó la diabetes mellitus, caracterizada por el predominio femenino a lo largo del tiempo.

Las enfermedades crónicas de vías respiratorias pertenecieron al tercer grupo, donde hubo en ocasiones mayor riesgo de mortalidad prematura en el sexo femenino y, en otras, en el masculino. Hubo poca variación en el periodo objeto de análisis.

Las entrevistas en profundidad realizadas a los expertos acerca de los motivos que condujeron a los resultados desventajosos encontrados, sobre todo en los hombres, aportaron la siguiente información:

- El diagnóstico y los tratamientos oportunos de las enfermedades no alcanzan por igual a mujeres y hombres. Estas se encuentran más privilegiadas por los programas de salud.
- El autocuidado y la búsqueda de ayuda en los hombres es precario.
- Los hombres afrontan estilos de vida menos saludables que las mujeres en los hábitos alimentarios, el enfrentamiento a los riesgos laborales y el consumo de alcohol.
- Los hombres sienten la responsabilidad del aporte financiero a la economía familiar que les confiere una sociedad patriarcal, lo que puede devenir en severos daños a la salud.
- Existen diferencias en las localizaciones de cáncer y los hombres pueden estar más afectados en algunas, en particular pulmón y próstata.

Los expertos expresaron que los resultados encontrados en el sexo femenino pudieron estar dados por las razones que se enumeran a continuación:

- La alimentación de mujeres y hombres tiene sus diferencias en cuanto al consumo de grasa y azúcares, en detrimento de las mujeres, que priorizan la de la familia.
- La distribución de grasa corporal varía en el curso de la vida de forma diferente para mujeres y hombres.
- Influencias biológicas diferenciadas entre ambos sexos.
- Las mujeres viven más que los hombres, lo que de manera diferente y la desventaja no está dada en la forma de morir, sino en la forma en que transcurre su existencia.

DISCUSIÓN

La salud se define a través de un proceso dinámico que se extiende, desde la mortalidad prematura como peor expresión de la enfermedad, hasta el elevado nivel de bienestar físico, mental y social y la capacidad óptima de funcionamiento, como máxima expresión posible de salud. Este proceso está influenciado por factores biológicos, psicológicos y del ambiente físico y social, que pueden producir daños a la salud, los que se expresan fundamentalmente en la percepción de enfermedad y el acceso a los servicios de salud.⁽⁸⁾

Los patrones de morir y de morir prematuramente –diferenciado para mujeres y hombres–, encontrados en la presente investigación, pueden estar mediados por la influencia de la intersección de los determinantes sociales de la salud en el proceso salud-enfermedad, ya que la mortalidad es el resultado final de la historia de vida de cada persona. Estos resultados reflejan lo expresado en el documento “Comunicación de la economía de los determinantes sociales de la salud y de las inequidades sanitarias”.⁽²⁵⁾ Mucho se relaciona esta publicación de la OMS con la “Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud”, donde se puntualiza que los aspectos económicos son expresión del vínculo entre condiciones de vida e inequidades sanitarias sus efectos en los daños a la salud y la mortalidad.

Sin embargo, estos resultados no son exclusivos de Cuba. Resultados similares en cuanto a lesiones autoinfligidas se encontraron en España en el quinquenio 2007-2011, donde el 66,8 % ocurrió en hombres. Dentro de las causas externas, la representación masculina fue más elevada también en accidentes. En la misma investigación se demostró que la mortalidad prematura fue de 21,1 % en hombres y el 12,4 % en mujeres con respecto al total de todas las causas.⁽²⁶⁾

En una investigación realizada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), formada por 30 países desarrollados, de los cinco continentes, se detectó que las enfermedades del corazón son la principal causa de muerte y que existen diferencias en la mortalidad entre mujeres y hombres. Los mismos resultados a los que llegaron las autoras de la presente investigación. Además, se explica que las principales

razones que la provocaron fueron la poca actividad física, el consumo de alcohol, la diabetes mellitus, la dislipemia, la hipertensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, el tabaquismo y la asociación del síndrome metabólico. La cardiopatía isquémica y el infarto agudo de miocardio producen diferencias en la mortalidad entre hombres y mujeres. La muerte causada por cardiopatía isquémica es el doble en el sexo masculino. Por su parte, el infarto agudo de miocardio también ocasiona mayor cantidad de muertes masculinas que femeninas, aunque con menor diferencia.^(27,28,29,30,31)

En la primera década de los 2000 hubo en España un predominio de fallecidos del sexo masculino por tumores malignos, causas externas, enfermedad cerebrovascular en personas entre 40 y 85 años y enfermedades en las vías respiratorias inferiores. Los hombres perdieron tempranamente la vida por tumores malignos, causas externas y enfermedades en vías respiratorias inferiores. La pérdida prematura de la vida por las causas enunciadas se explica por la influencia de estilos de vida no saludables, como el consumo de tabaco y alcohol.⁽³²⁾ La situación encontrada en Cuba en el periodo estudiado fue similar a la encontrada en la Península.

En un estudio realizado desde el año 1990 al 2007 en Matanzas, Cuba, sobre mortalidad por cáncer según sexo, se comprobó, al igual que en la presente investigación, que los hombres estuvieron en posición más desventajosa. En ese territorio la tasa mortalidad del sexo masculino ascendió de 84,9 hasta 136,2, mientras que la del sexo femenino fue menor y varió desde 52 hasta 90,8.⁽³³⁾

Las mujeres sufren más de accidentes en el hogar, que generalmente no ocasionan la muerte, mientras los que sí ocasionan la defunción en los hombres son provocados por accidentes laborales y del tránsito. De la misma manera, hubo una supremacía masculina en el riesgo de morir y en la mortalidad prematura. En una investigación desarrollada en Cienfuegos, Cuba, se pudo apreciar un franco predominio del sexo masculino entre los fallecidos por accidentes de tránsito, con participación de ciclos con una tasa de 11,2 fallecimientos cada 100 000 habitantes del sexo masculino y 1,5 en el caso del sexo femenino.⁽³⁴⁾

El riesgo de morir y de morir tempranamente es un efecto de la forma en que se ha vivido en conjunción con la influencia compleja de los determinantes sociales de la salud.

CONCLUSIONES

Concluyendo. Se puede decir que entre 2005 y 2016 la variación en el tiempo de la razón del riesgo de morir entre hombres y mujeres no varió notablemente en 6 de las 10 primeras causas de muerte. Solo en los accidentes se produjo un descenso de los valores. El sexo masculino fue el más afectado en la mayoría e las causas de muerte estudiadas.

La tendencia de la razón de mortalidad prematura por sexos entre 2009 y 2016, de modo general, mostró un ascenso, sobre todo en los hombres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo Martínez A. Determinantes sociales e inequidades en salud. Una mirada a la salud en Costa Rica. La salud en Costa Rica; 2017. Acceso: 10/01/2017. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PqklaZ75fc0J:www.saludpublica.ucr.ac.cr/index.php/repositorio-de-documentos/category/2-libro-la-salud-publica-en-costa-rica%3Fdownload%3D10:Libro%2520%2522La%2520Salud%2520P%25C3%25BAblica%2520en%2520Costa%2520Rica%2522+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cu>
2. Palomino Moral PA, Grande Gascón ML, Linares Abad M. Procesos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. Revista Internacional de Sociología. 2014;72(Extra-1):71-91.
3. Gómez Gómez E. Género y salud: Marco conceptual. Washington: OPS; 2011. Acceso: 10/01/2017. Disponible en: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/26218/mod_folder/content/0/1.%202010_Gomez_E._Marco_conceptual_sobre_genero_y_salud.pdf?forcedownload=1
4. Perelman J, Fernandes A, Mateus C. Gender Disparities in Health and Healthcare: Results from the Portuguese National Health Interview Survey. Cuad Saúde Pública.

2017;28(12). Acceso: 10/01/2017. Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001400012

5. Barros PP, Machado SR, Simões JA. Portugal. Health System Review. Health Syst Transit. 2011;13. Acceso: 10/01/2017. Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1185572&pid=S0102-311X201200140001200023&lng=en

6. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Lucía Artazcoz L, Benavides FG. Desigualdades de género en salud laboral en España. Gac Sanit. 2017;26(4). Acceso: 10/01/2017. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000400009&lang=pt

7. Declaración Política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud 19-21 de octubre de 2011. Río de Janeiro: OMS; 2011. Acceso: 17/02/2017. Disponible en:

http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

8. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Salud Pública. 2007;33(2). Acceso: 17/02/2017. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es

9. Díaz Bernal Z. Representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención en los servicios de salud. [Tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012.

10. Díaz Bernal Z, García Jordá D. La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. Rev Cub Sald Públ. 2011;37(1). Acceso: 17/02/2017.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Organización Panamericana de la Salud. Género y salud. Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud Washington: OPS; 2010. Acceso:

17/2/2017. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf>

12. Corral Martín A; Castañeda Abascal IE; Barzaga Torres M; Santana Espinosa MC. Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. Rev Cub Sald Públ. 2010;36(1). Acceso: 17/02/2017. Disponible en: http://www.paho.org/bol/files/docs/OPS/1congresolatinoamericano/bib/determin_sociales/Determinantes_Scielo.pdf
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Cuba; 2005. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2006. Acceso: 14/12/2016. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5003=anuario&tag5021=e&tag6000=B&tag5013=GUEST&tag5022=2005>
14. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2006. Ciudad de La Habana; 2007. Acceso: 14/12/2016. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5003=anuario&tag5021=e&tag6000=B&tag5013=GUEST&tag5022=2006>
15. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2007. Ciudad de La Habana; 2008. Acceso: 14/12/2016. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5003=anuario&tag5021=e&tag6000=B&tag5013=GUEST&tag5022=2007>
16. Anuario Estadístico de Salud 2008. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2009. Acceso: 14/12/2016. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5003=anuario&tag5021=e&tag6000=B&tag5013=GUEST&tag5022=2008>
17. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2009. La Habana; 2010. Acceso: 14/12/2016. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2013/05/anuario-2009e3.pdf>
18. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2010. La Habana; 2011. Acceso: 14/12/2016. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>

19. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2011. La Habana; 2012. Acceso: 14/12/2016. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2012/05/anuario-2011-e.pdf>
20. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2012. La Habana; 2013. Acceso: 14/12/2016. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf
21. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2013. La Habana; 2014. Acceso: 14/12/2016. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>
22. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana; 2015. Acceso: 14/12/2016. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
23. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015. La Habana; 2016. Acceso: 14/12/2016. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
24. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana; 2017. Acceso: 10/05/2017. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf
25. Organización Mundial de la Salud. Comunicación de la economía de los determinantes sociales de la salud y de las inequidades sanitarias. Ginebra: OMS; 2014. Acceso: 05/01/2017. Disponible en: <http://www.mondialisations.org/medias/pdf/Aspectsecosantees.pdf>
26. Fernández-Cuenca R, Llácer A, López-Cuadrado T, Gómez-Barroso D. Mortalidad por causas externas en España. Boletín Epidemiológico Semanal. 2014;22(6). Acceso: 05/01/2017. Disponible en: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/871/1026>
27. Elvira Martínez CM. Diferencias entre hombres y mujeres en la incidencia de las enfermedades del corazón. Capítulo 73; 2017. Acceso: 05/01/2017. Disponible en: https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap73.pdf

28. Castañeda Abascal IE. El marco teórico en la investigación en salud con enfoque de género. Rev Cub Sald Públ. 2014;40(2). Acceso: 05/01/2017. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/48>
29. Castañeda Abascal IE, Corral Martín A, Barzaga Torres M. Perfiles de género y salud en Cuba. Rev Cub Sald Públ. 2010;36(2). Acceso: 05/01/2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200006
30. Castañeda Abascal IE. Indicadores sintéticos para la medición de las diferencias de género en el contexto social cubano. Rev Cub Sald Públ. 2013;39(4). Acceso: 05/01/2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400005&lng=es&nrm=iso
31. Tajer D, Charas A. Género y enfermedad cardiovascular. Rev Argent CARDiol. 2013;81. Acceso: 05/01/2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v81n4/v81n4a01.pdf>
32. Bedoya Bergua JM. La salud de los hombres y las enfermedades de género. Voces de hombres por la igualdad; 2008. Acceso: 03/03/2017. Disponible en: <https://vocesdehombres.files.wordpress.com/2008/10/la-salud-de-los-hombres-y-las-enfermedades-de-genero.pdf>
33. Rodríguez Jiménez P, Fernández Alfonso J, Delgado Pérez L, Garrote Rodríguez I, Morales Rigau JM, Achiong Estupiñán FJ. Mortalidad por cáncer y condición de género. Rev Méd Electrón. 2009;31(1). Acceso: 03/03/2017. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol1%202009/tema07.htm>
34. Jorge Miguez AN, Godoy del Sol H, Ortis Sagasta M. Caracterización de la mortalidad por accidentes del tránsito con participación de ciclos. MediSur. 2010;8(4). Acceso: 03/03/2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000400009

Conflicto de interés

Las autoras del presente trabajo declaran que no tienen conflictos de intereses.